

脳血管疾患等Ⅱ，呼吸器Ⅱである。

次に算定上限日数が設定され，各疾患により，リハビリを施行できる日数が設定された。運動器は150日まで，脳血管疾患等は180日までである。

また，理学療法士，作業療法士等従事者1人あたりの算定上限単位数が設定され，算定上限単位数は1日24単位まで，1週間108単位までである。つまり1日平均21～22単位しか算定できない。

Ⅲ. 当課の現状

平成18年4月1日から平成19年3月31日までにリハビリ終了となった患者は1236名であった。入院中リハビリ施行患者は1159名，外来のみでは77名，入院及び外来でリハビリ施行患者は107名であった。入院中のリハビリ施行患者の内訳は運動器563名，脳血管疾患等595名，呼吸器1名で，運動器と脳血管疾患等の比率はほぼ同等であった。外来リハビリ施行患者の内訳は疾患別ではすべて運動器，傷病別では肩関節周囲の傷病が50%以上，診療科では整形外科が98.9%とほぼ100%を占めていた。

算定日数の上限を越えた患者は32名（約2.6%）おり，その内訳は入院1名（脳血管疾患等），外来は31名（運動器）であった。

単位算定について，1日及び1週間の算定上限単位数がある。これは日常業務において苦慮する点である。患者1人について1日合計6単位，脳血管疾患等の患者60日以内合計9単位まで算定可能であるが，患者1人あたりの平均算定単位数は1.3単位であった。

Ⅳ. ま と め

当課の問題点は，理学療法士・作業療法士の算定上限単位数の設定があるため，入院・外来の患者数を制限せざるを得ない。また，患者1人あたり1日合計6単位，脳血管疾患等の患者は60日以内合計9単位まで算定可能にもかかわらず，リハビリ対象患者が多く患者1人あたり平均1.3単位しかとれていない点である。

今年（平成19年）7月では216単位，8月では264単位，9月では283単位10月では186単位が算定上限を越えるとして請求ができなかった。

当院の医療連携の現状について

地域医療連携課 平野 修 眞子 淳 杉山 明美

Ⅰ. 現 状

当院の医療連携に関する現状は，図1のとおりである。（年度別・月別）平成18年度の紹介患者数は，前年度比7.1%，逆紹介患者数は，前年度比14.1%と紹介患者同様増加し紹介率は，37.8%であった。

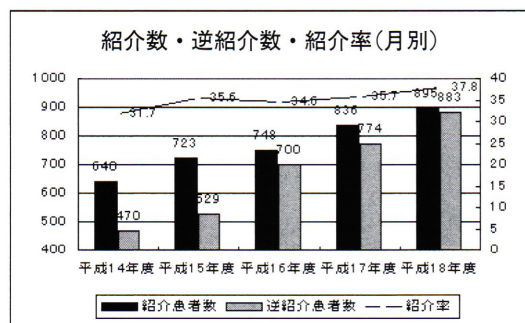


図1

Ⅱ. 紹介率と診療報酬

よく当院の紹介率，何%と聞かれるが，数字は理解していても，以外と式までは理解されていないが，紹介率の求め方は，

$$\text{紹介率} = \frac{\text{初診の紹介患者数} + \text{救急車搬送患者数}}{\text{初診患者数} - \text{時間外} \cdot \text{休日} \cdot \text{夜間の6才未満の患者数}}$$

である。この式により求めた数字により，今まで紹介率を要件とする紹介外来加算100点・急性期特定入院加算155点を算定できたが，この項目が平成18年度の点数改正により廃止された。この廃止による600億円の財源を，厚生労働省では看護基準7:1の推進，およびDPC拡大にあてたそうである。そこで，紹介率というチーズが消え，生まれたのが地域連携診療計画料である。この条件の中に，地域

連携バスを相互に交わす、複数の医療機関と定期的に会合を行う（年3回）などがある。

Ⅲ. 医療連携について

現在当院で、他医療機関とクリティカルバスを通じて連携し、診療報酬請求上地域連携計画料を算定しているのは、唯一認められている大腿骨頸部骨折のバスを、平成19年8月1日より施設基準として取得しているが、次期の点数改正では、新たに疾病が追加されることが予想される。なお当院では今他医療機関と取り組んでいるのは、イーソーネット

“脳卒中”医療連携システム、静岡がん診療地域連携協議会（S-NET）、イエローカードの在宅医療患者などがある。

Ⅳ. おわりに

病院を取り巻く医療情勢がますます複雑に変わりつつある。これからは他医療機関と連携を強化し、また院内では医師、看護師、SW、事務等が連携を更に強めて行かなければならないと、強く思っている。

脳卒中ネットワークの取り組み

7-2 病棟 前島 彩 伊東 由樹 川口友里子
柴田奈央子 佐野 裕美 大山 梨江
野田美由紀
神経内科 今井 昇

Ⅰ. はじめに

当院では、平成19年1月より脳卒中ネットワークの運用が開始された。脳卒中ネットワークとは脳卒中と診断された患者、又は発症のリスクのある患者が安心して治療を受けられるよう診療所、急性期病院、リハビリ病院等が連携した診療を行うことにより患者により良い医療とQOLを提供することを目的に作られたシステムである。運用開始からの病棟の看護師の役割、現在までの当院のネットワークの運用と現状について報告する。

Ⅱ. 病棟での活動

病棟では、入院時にかかりつけ医の有無を確認しかかりつけ医が登録診療所の場合は地域医療連携課に連絡する。また、かかりつけ医がいない場合にもネットワーク登録の希望があれば逆紹介し、登録する。退院までに主治医は作成した連携計画書をもとに脳卒中ネットワークの仕組みについて患者、家族に説明する。看護師は退院時に患者、家族に脳卒中ネットワークカードと連携計画書を渡し、今後はかかりつけ医に通院するが、定期的に当院へも受診し継続的に経過を見ていくこと、ネットワークカードを携帯していれば、急に状態が変化した時にスムーズに当院の救急外来を受診できることを説明する。

システム運用から今まで、業務上の問題は出ていないが病棟看護師の中ではシステムについての知識不足のため患者への説明が難しいという意見もあった。

Ⅲ. 脳卒中ネットワークの現状

連携開始から平成19年12月までに脳卒中ネットワークに登録された患者は56人。また、登録患者の中で当院の救急外来を神経内科の疾患で受診した患者は7人、いずれも再発ではなく入院治療は要しなかった。また、脳卒中リスク者でネットワークに登録されている患者は132人。脳卒中リスク者で当院の救急外来を神経内科の疾患で受診した患者は8人、いずれも脳梗塞の発症ではなかった。現在まででネットワークに関するトラブルがあったという報告は聞かれていない。

Ⅳ. おわりに

今後の課題としては病棟内の周知徹底が挙げられる。対策として、病棟内での活動マニュアルの作成や勉強会の開催などの検討が必要と考えられる。

また、現在は退院時に再発予防のための患者教育を行っているが充分とは言えない。患者が病気に対する意識を高め、健康管理に努めるよう指導を行っていきたい。